

Modulo di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario scolastico
a seguito di cure di durata prestabilita

Al Dirigente dell'I.C. Carini Calderone Torretta

I sottoscritti.....(padre).....(madre)
genitori dell'alunno.....nato a.....il.....
residente a.....in via.....
frequentante la classe.....della scuola.....nel plesso.....

Chiedono
(barrare il riquadro di interesse)

☐ L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

☐ La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da persone non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

☐ La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'I.C." Carini Calderone Torretta"

Data..... Firma (padre).....

Firma (madre).....

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo:.....
.....

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco:.....
.....

Data.....

Il Dirigente Scolastico